

# FICHA CADASTRAL



NOME DO TITULAR
-----------------

RUA / Nº	BAIRRO
----------	--------

CIDADE	UF	CEP
--------	----	-----

DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FONE RESIDENCIAL	CELULAR
--------------------	---	------------------	---------

FONE PARA RECADOS	E-MAIL
-------------------	--------

PAI	MÃE
-----	-----

DOC IDENTIDADE RG	CPF	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO
-------------------	-----	---

CÔNJUGE	RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> ALUGADA R\$ _____	RENDA FAMILIAR
---------	---	----------------

EMPRESA ONDE TRABALHA	CARGO/FUNÇÃO	TEMPO SERVIÇO	ÚLTIMO SALÁRIO
-----------------------	--------------	---------------	----------------

ENDEREÇO DA EMPRESA - RUA / Nº	BAIRRO
--------------------------------	--------

CIDADE	UF	FONE COMERCIAL	E-MAIL
--------	----	----------------	--------

<b>REFERÊNCIAS COMERCIAIS</b>	
EMPRESA	TELEFONE

EMPRESA	TELEFONE
---------	----------

<b>REFERÊNCIAS PESSOAIS (entrar em contato para confirmação)</b>		
NOME	TELEFONE	GRAU DE PARENTESCO

NOME	TELEFONE	GRAU DE PARENTESCO
------	----------	--------------------

**DEPENDENTES AUTORIZADOS A COMPRAR**

Autorizo \_\_\_\_\_ portador do RG \_\_\_\_\_ e  
 CPF \_\_\_\_\_, a efetuar compras de Medicamentos, Perfumarias entre outros em meu nome, me responsabilizando pela total  
 quitação dos mesmos. Dependente \_\_\_\_\_

Autorizo \_\_\_\_\_ portador do RG \_\_\_\_\_ e  
 CPF \_\_\_\_\_, a efetuar compras de Medicamentos, Perfumarias entre outros em meu nome, me responsabilizando pela total  
 quitação dos mesmos. Dependente \_\_\_\_\_

Autorizo \_\_\_\_\_ portador do RG \_\_\_\_\_ e  
 CPF \_\_\_\_\_, a efetuar compras de Medicamentos, Perfumarias entre outros em meu nome, me responsabilizando pela total  
 quitação dos mesmos. Dependente \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

CASADO  DIVORCIADO  SOLTEIRO  OUTRO

(ANEXO I)

As lojas abaixo relacionadas, e o titular qualificado na presente ficha têm entre si justo e contratado um compromisso de compra e venda de mercadorias, mediante a concessão de um crédito para pagamento a prazo, a se regularizar nos seguintes termos e condições:

FARMÁCIA E PERFUMARIA FLEMINFARMA LTDA. - MATRIZ - inscrita no CNPJ 02.045.563/0001-21, estabelecida na Rua Dr. Nagib Daher, 860-A - Apucarana - Paraná;

FARMÁCIA E PERFUMARIA FLEMINFARMA LTDA.- FILIAL 1 - inscrita no CNPJ 02.045.563/0002-02, estabelecida na Rua Dr. Nagib Daher, 647 - Apucarana - Paraná ;

FARMÁCIA E PERFUMARIA FLEMINFARMA LTDA. - FILIAL 2 - inscrita no CNPJ 02.045.563/0003-93, estabelecida na Rua Nova Ucrânia,559 - Apucarana - Paraná;

FARMÁCIA E PERFUMARIA CIDADE ALTA LTDA. - inscrita no CNPJ 73.308.611/0001-75, estabelecida na Rua Ponta Grossa, 1436 - Apucarana - Paraná;

FARMÁCIA E PERFUMARIA APUFARAMA LTDA. - MATRIZ - inscrita no CNPJ 85.022.911/0001-72, estabelecida na Av. Curitiba, 1705 - Apucarana - Paraná;

FARMÁCIA E PERFUMARIA APUFARMA LTDA. - FILIAL - inscrita no CNPJ 85.022.911/0002-53, estabelecida na Rua Rio Branco, 490 - Apucarana - Paraná;

1. Será concedido ao titular e seus dependentes, um crédito com valor máximo previsto nesta ficha e com vencimento até o 10º dia útil subsequente, quando todas as compras realizadas no período deverão ser quitadas.
2. O titular autoriza expressamente os dependentes constante na presente ficha a realizar compras em seu nome, se responsabilizando como seu principal devedor, não podendo se furtar ao seu pagamento por qualquer razão que seja.
3. O titular ou seus dependentes realizarão suas compras mediante a assinatura de um cupom ou outro documento fornecido pela vendedora, que identificará o nome da pessoa, qual produto comprado e seu valor.
4. Do inadimplemento incorrerá ao titular, além do dever de pagar o valor principal, também a incidência de juros e correção monetária, na forma da lei.
5. Em caso de inadimplemento poderá a vendedora lançar nota fiscal e duplicata mercantil sobre o valor integral do pedido e enviá-lo para cobrança bancária, protesto, bem como tomar as providências extrajudiciais e judiciais necessárias à satisfação de seu crédito.
6. O titular fica ciente e autoriza expressamente as vendedoras a inscrever seu nome em cadastros de mau pagadores, caso deixa de adimplir seu débito no vencimento convencionado, e após intimado para pagamento mediante carta ou boleto bancária.
7. Reconhecem as partes o caráter de título executivo extrajudicial do presente contrato, na forma do art. 585, II do CPC, bem como a liquidez e certeza da dívida pelo valor correspondente aos cupons fiscais ou documentos assinados.
8. Ficam as partes cientes que por sua liberalidade poderão as farmácias manter, suspender ou reduzir o limite de crédito e de compras, a qualquer tempo.
9. Qualquer tolerância ou concessão dos signatários será considerada mera liberalidade, não constituindo novação, precedente invocável, renúncia ou perda de quaisquer direitos ou direito adquirido pela outra parte.
10. O presente contrato passa a vigorar a partir da sua assinatura, elegendo as partes o foro da cidade de Apucarana, PR, para dirimir qualquer dúvida proveniente da sua execução, cobrança e cumprimento, obrigando-se por si, seus herdeiros e sucessores, por seu inteiro teor e pleno cumprimento.

Ass. p/ Farmácia Signatária

Ass. do Cliente